DES COMPLICATIONS

ACCOMPAGNANT

CERTAINES HYDROCÈLES

EXTRAVAGINALES

DISSERTATION

présentée à la Faculté de médecine de Bâle

EN VUE D'OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR

par

Léon CHAVANNES

de Lausanne.

LAUSANNE

Imprimerie L. CORBAZ et Comp.

—

1878

DES COMPLICATIONS

ACCOMPAGNANT

CERTAINES HYDROCÈLES

EXTRAVAGINALES

DISSERTATION

présentée à la Faculté de médecine de Bâle

EN VUE D'OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR

par

Léon CHAVANNES

de Lausanne.

LAUSANNE

Imprimerie L. CORBAZ et Comp.

—

1878

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. SOCIN

RESPECTUEUX HOMMAGE

DE

RECONNAISSANCE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547001_0097

L'observation suivante, recueillie à l'hôpital de Bâle dans le service de chirurgie de M. le professeur Socin, nous a paru offrir un intérêt suffisant pour en motiver la publication, quoique nous ne disposions d'aucune autre observation personnelle analogue.

L'étude de ce cas remarquable nous a amené à faire quelques recherches sur la nature et le développement des hydrocèles compliquées. Nous nous permettrons d'ajouter le résultat de ces recherches à la suite de notre observation, et nous y joindrons le rapport plus ou moins détaillé de certains cas décrits par d'autres auteurs, et offrant tous quelque analogie avec le nôtre.

Ce rapprochement aura l'avantage, nous l'espérons du moins, de mieux faire ressortir les particularités cliniques et anatomiques qui constituent l'intérêt spécial de notre observation.

Nous saisissons cette occasion pour remercier tout d'abord M. le professeur Socin pour le bienveillant concours

qu'il nous a prêté dans notre travail, et pour la complaisance avec laquelle il a bien voulu en rectifier les imperfections.

Nous remercions également M. le Dr Münch qui a eu la bonté de dessiner pour nous la gravure intercalée dans le texte.

I

HISTOIRE DU MALADE JACOB SCHOCH

Age : 48 ans. — Etat : agriculteur. — Origine : Appenzell. — Entrée à l'hôpital : le 2 novembre 1877. — Mort : le 19 novembre 1877.

Anamnèse.

Le père de notre malade est mort probablement d'une hernie incarcérée. La cause de la mort de sa mère n'est pas connue. Lui-même, ainsi que son unique sœur, a toujours joui d'une bonné santé jusqu'au commencement de l'année 1877.

Jusqu'à l'âge de 16 ans il fréquenta les écoles, puis travailla comme manœuvre.

D'après ses renseignements, assez peu précis du reste, sa hernie serait congénitale; malheureusement elle n'a jamais été constatée par un médecin. En tout cas, la tumeur qu'il croit avoir été une hernie, était d'un petit volume et ne causa aucun trouble dans sa santé jusqu'à l'époque où elle commença à prendre un grand développement. Elle

était très facile à réduire et même disparaissait spontanément dans le décubitus dorsal.

En aucun temps notre malade n'a porté de bandage herniaire.

A l'âge de 24 ans il se maria pour la première fois ; à cette époque la tumeur en question devait être à peu près de la grosseur du poing, mais les testicules étaient, à son dire, nettement séparés d'elle et faciles à sentir.

D'année en année cette tumeur augmenta de volume, si bien qu'à l'âge de 34 ans elle descendait jusqu'au dessus du genou. Cela n'empêcha pourtant pas notre homme de se remarier et de devenir père d'une fille en parfaite santé.

Il y a environ trois ans, sa tumeur le fit souffrir pour la première fois sans cause appréciable ; il fut même obligé de rester une quinzaine de jours au lit. Pendant ce temps la peau scrotale, paraît-il, était rouge et plus dure au toucher que d'habitude. Au bout de peu de temps il put cependant reprendre son travail.

Depuis environ deux ans il lui est impossible de sentir son testicule droit à la palpation.

Plusieurs fois il s'écoula de la tumeur un liquide couleur de pus et répandant une odeur infecte.

Les fonctions urinaires et digestives n'ont, en aucun temps, été troublées sérieusement ; les selles furent toujours normales et régulières, à part une légère diarrhée de temps à autre.

Tout jalon étiologique, tel que gonorrhée, contusions des testicules, de l'abdomen, etc., fait défaut.

Jusqu'au mois de janvier 1877 le développement de la tumeur abandonnée à elle-même paraît avoir été lent, continu, sans saccades appréciables.

Voilà tous les renseignements anamnestiques que nous avons pu obtenir du malade sur le développement de son énorme appendice; renseignements bien peu précis et incomplets, qui, malheureusement, ne pouvaient pas nous être de grande utilité pour le diagnostic. Nous verrons plus tard, en traitant de ce dernier, que des données exactes sur le mode de développement de la tumeur pouvaient seules décider en dernier ressort de la question de son origine première.

Notre malade du reste accorda si peu d'attention à sa tumeur aussi longtemps qu'elle ne le gêna pas dans son travail, qu'il ne consulta un médecin qu'au mois de janvier 1877 (Dr Tobler à Hérisau).

Son état général se maintint toujours assez satisfaisant jusqu'au mois de mai suivant; il put même, jusqu'à cette époque, continuer à travailler un peu. Depuis lors seulement il fut obligé de garder le lit.

Le Dr Tobler, en envoyant son malade à l'hôpital de Bâle, communique les détails suivants :

« Lors de ma première visite au commencement de l'année, la mensuration de la tumeur me donna les dimensions suivantes :

Longueur $0^{m}75$.

Largeur dans la position horizontale $0^{m}58$.

Circonférence $1^{m}25$.

» Je fis une première ponction le 20 janvier, qui donna issue à environ 15 liv. d'un sérum jaunâtre et transparent.

» Le 3 février, deuxième ponction; elle donna issue à 40 liv. d'un liquide un peu plus foncé, ce qui diminua la tumeur à peine de la moitié de son volume.

» Le 4 mars, troisième ponction; elle dut être interrompue à cause d'une forte hémorrhagie, après avoir évacué 26 liv. de liquide.

» Une quatrième ponction, faite peu après, laissa écouler laborieusement un liquide épais et laiteux contenant des caillots brunâtres, et permit de percevoir profondément une tumeur dure, à surface inégale, qui venait obturer l'ouverture de la canule.

» Après chaque ponction le malade s'est trouvé un peu soulagé mais faible. Aucune complication ne se présenta, à part la diarrhée.

» La contractilité de la peau du scrotum se montrait si minime que je ne me hasardai pas à vider complètement la poche liquide.

» Le 15 août il y eut perforation spontanée à deux places et il s'écoula lentement un liquide épais et purulent.

» Depuis quinze jours les deux petites ouvertures se sont refermées. Le volume de la tumeur a un peu diminué :

Longueur	$0^{m}67$.
Largeur	$0^{m}56$.
Circonférence	$1^{m}25$. »

Peu de jours avant le départ pour Bâle le liquide purulent se fit jour de nouveau vers la pointe de la tumeur.

Status præsens du 3 novembre 1877.

Homme de stature moyenne, très amaigri. Peau d'un jaune grisâtre, muqueuses pâles, langue nette.

Pouls 90. Température 38°8.

Le malade est couché sur le dos ; ses membres inférieurs fortement écartés embrassent des deux côtés une tumeur énorme qui, prenant naissance à la symphyse pubienne, s'étend jusque vers le bas des mollets et donne au scrotum la forme d'une immense gourde. Elle repose par toute sa face postérieure sur le lit et est fortement aplatie d'avant en arrière.

Cette masse mesure :

Longueur	0m68.
Largeur	0m57.
Circonférence	1m38.

Son poids, évalué approximativement à 35 ou 40 kilogrammes, empêche toute espèce de mouvement dans le décubitus dorsal. Cependant, avec le secours de deux aides, le malade peut se tenir debout, le dos appuyé.

Dans cette position la tumeur s'allonge aux dépens de sa largeur et vient presque effleurer le sol. Il est alors évident qu'elle est reliée à l'abdomen par un large pédoncule occupant la région inguinale droite.

La peau qui recouvre cette énorme masse est partout très épaissie ; cependant au tiers supérieur on peut encore la soulever en plis, tandis que vers les bords elle est le

siége d'un œdème très prononcé; dans les parties inférieures cet œdème se transforme insensiblement en un épaississement hypertrophique qui prend tous les caractères d'un véritable éléphantiasis [1].

De grosses veines bleuâtres la parcourent dans tous les sens. On remarque à la face antérieure ici et là quelques longs poils et plusieurs petites cicatrices provenant des ponctions mentionnées plus haut.

Non loin du bord inférieur se trouve une ouverture de la grandeur d'une pièce d'un franc, à bords livides et laissant suinter en petite quantité un liquide sanieux. Le doigt introduit par cette ouverture se meut en tous sens dans une cavité à parois irrégulières située dans l'épaisseur de la peau.

En outre, un peu à gauche de la ligne médiane, dans la partie supérieure, on voit un repli semi-lunaire de la peau, à travers lequel on peut, par pression, faire apparaître le penis; la position de celui-ci est indiquée extérieurement par un léger renflement sur la surface de la tumeur.

Le repli semi-lunaire n'est autre chose que le bord du prépuce mis à contribution, ainsi que la peau du penis lui-même, pour aider à recouvrir cette grande masse. Il n'y a du reste pas de troubles dans les fonctions urinaires, l'urine est claire et ne renferme rien d'anormal.

A la face postérieure de la tumeur se présentent quelques petits ulcères disséminés et superficiels, attribués au décubitus prolongé.

[1] Pour tous les détails de la description, voyez plus loin la figure dans le texte.

La palpation permet de sentir le testicule gauche accolé latéralement à la partie supérieure de la masse, et regardant la face interne de la cuisse gauche. Il n'est nullement adhérent à la tumeur et paraît être tout à fait normal, de même que le cordon spermatique qui y aboutit. En revanche le testicule droit échappe aux recherches les plus minutieuses.

La palpation de la tumeur proprement dite fait reconnaître tout d'abord qu'elle comprend deux parties parfaitement distinctes et d'inégale grandeur : l'une moins volumineuse, située à droite et comprenant le pédoncule, donne lieu à des gargouillements sonores et sensibles à la main et rend à la percussion dans toute son étendue un son tympanique très net ; l'autre beaucoup plus grande occupe tout le reste de la tumeur et donne partout un son mat et une sensation de fluctuation bien caractérisée.

Un léger sillon, accentué surtout à la face antérieure, fait déjà prévoir à l'œil la présence de deux masses distinctes ; la percussion permet d'en fixer les limites exactes. Il est d'abord évident que le pédoncule qui relie la tumeur à l'abdomen appartient tout entier à la première de ces deux parties ; il rend partout un son tympanique qui se continue sans limites sensibles jusque sur l'abdomen.

Plus bas, en-dessous de la symphyse pubienne, la ligne de démarcation dépasse la ligne médiane, puis s'en éloigne graduellement de façon à passer de la face antérieure sur la face postérieure de la tumeur environ vers son tiers inférieur, soit à peu près à la hauteur du genou droit.

La région tympanique n'offre nulle part trace de fluctua-

tion. A la pression son contenu semble se déplacer un peu, en diminuant de volume, mais il est impossible de le refouler entièrement du côté de la cavité abdominale qui paraît singulièrement rétrécie.

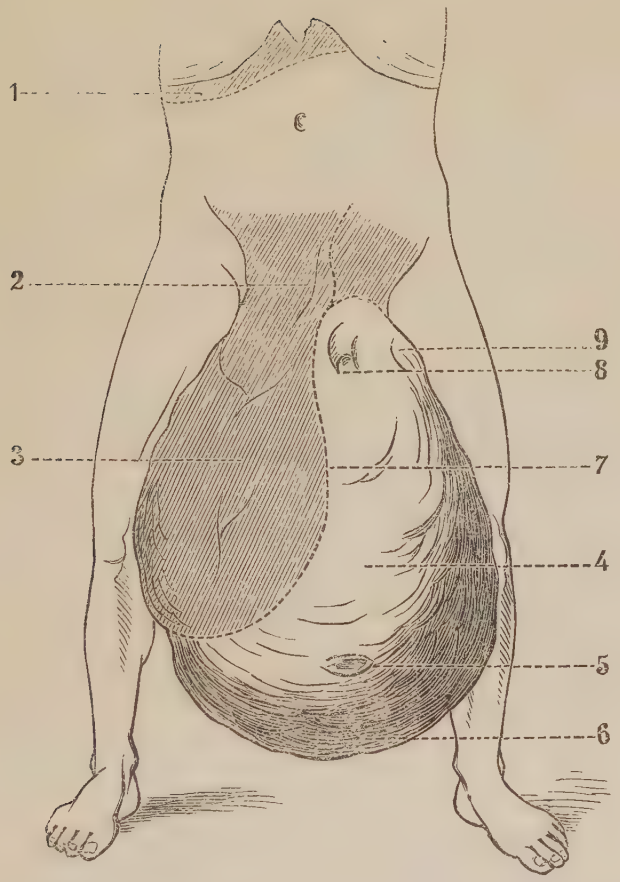
Tout le reste de la tumeur offre une fluctuation bien caractérisée, sauf à la périphérie où l'hypertrophie et l'œdème des téguments la rendent moins sensible. Cette seconde partie, à contenu évidemment liquide, est parfaitement circonscrite du côté de la région inguinale gauche, où elle finit brusquement. Elle est du reste assez douloureuse à la pression et n'offre nulle part de la transparence.

L'examen des autres organes du malade nous donne le résultat suivant :

La limite inférieure du foie dépasse d'environ trois doigts l'arc costal droit. La pointe du cœur bat dans la ligne mamillaire gauche ; la matité est agrandie à droite, et l'on entend un souffle systolique aux foyers d'auscultation de la mitrale et de l'aorte ; on entend aussi des bruits vasculaires en auscultant les veines jugulaires.

La limite inférieure des poumons est située un peu plus bas que normalement. L'auscultation donne dans toute leur étendue une respiration normale, à part quelques râles fins et humides.

Les malléoles sont le siége d'un léger œdème.



1. Bord inférieur du foie. — 2. Pédoncule de la tumeur. — 3. Hernie. — 4. Hydrocèle. — 5. Peau nécrosée. — 6. Peau hypertrophiée (toute la partie ombrée). — 7. Ligne de démarcation entre les deux poches. — 8. Repli semi-lunaire du prépuce. — 9. Testicule gauche.

Il est évident que nous avons affaire dans ce cas à une tumeur de nature complexe. Toute la partie droite de l'engorgement scrotal représente une vaste hernie inguinale, qui, vu son volume et l'état de vacuité de l'abdomen, doit contenir la presque totalité de l'intestin grêle. Cette hernie est irréductible, son collet comprend toute la largeur du pédoncule dont nous avons parlé plus haut, et le diamètre de son orifice a une largeur d'environ 10 centimètres.

Maintenant que peut être le grand sac à contenu liquide? Tous les symptômes parlent en faveur d'une énorme hydrocèle du testicule droit: la forme et la position du kyste, sa délimitation au-dessous de l'anneau inguinal externe, sa fluctuation, l'impossibilité de trouver le testicule droit par la palpation.

Le diagnostic posé par M. le professeur Socin fut donc: *Hydrocèle chronique de la tunique vaginale compliquée d'une hernie inguinale droite; hypertrophie et œdème chronique de la peau du scrotum.*

Pendant les premiers jours de son séjour à l'hôpital, notre malade se trouvait dans d'assez bonnes conditions; l'appétit était bon, le sommeil tranquille; il avait pourtant une certaine tendance à la diarrhée. Les selles suivaient de près l'ingestion des aliments, étaient d'un gris brunâtre et contenaient beaucoup d'aliments non digérés.

Pendant les six premiers jours la température, que nous donnons ci-dessous, quoique fébrile le soir, n'atteignit jamais 39°.

	Matin.	Soir.
Novembre 3	37°7	38°7
» 4	37°4	38°8
» 5	37°2	38°2
» 6	37°6	37°9
» 7	36°7	38°4
» 8	37°3	38°2

Le 4 novembre au soir, l'eschare qui entourait l'ouverture dont nous avons parlé plus haut[1] se détacha de la peau, ce qui donna issue à environ un demi-litre d'un liquide épais et trouble, répandant une mauvaise odeur. Un nouvel examen confirma que ce liquide provenait des parties œdématiées et était contenu dans une poche sous-cutanée n'offrant aucune communication avec la cavité de l'hydrocèle. Les jours suivants l'écoulement continua, mais en petite quantité.

Le 6e jour après l'arrivée du malade on fit une ponction exploratrice sur la grande masse, et l'on en retira un liquide trouble et rougeâtre. Examiné au microscope ce liquide montra une quantité de corpuscules de pus, ainsi que de la graisse sous forme de cristaux et de gouttelettes libres; en outre une multitude de bactéries.

Le même jour on dilata l'ouverture nécrosée pour enlever des lambeaux de tissu mortifié, et l'on tamponna la

[1] Voyez la fig. (n° 5).

cavité avec de la ouate salicylique ; dès lors l'écoulement s'arrêta.

Novembre 9. Notre malade eut un frisson sans cause appréciable avec une rapide augmentation de la température :

Matin.	7 h. 38°2.		
»	10 h. 40°4.	2 gm.	Natr. sal.
Soir.	1 h. 39°2.	6 gm.	»
»	6 h. 40°0.	6 gm.	»
»	7 h. 36°7.		

Novembre 10. Le frisson ne se répète pas, mais il y a de fortes douleurs dans l'abdomen et la hernie ; celle-ci est très sensible à la pression. La diarrhée augmente et se complique de vomissements répétés d'un mucus verdâtre. Le visage du malade est très pâle, l'appétit faible, la température du soir se maintient à 37°4.

Novembre 11. La tumeur paraît moins tendue et moins grosse qu'à l'ordinaire ; la diarrhée continue, est légèrement sanguinolente, mais les vomissements ont cessé [1]. On entend de nombreux gargouillements dans la hernie.

Novembre 12. La diarrhée a diminué, l'appétit est meilleur, la température revient à la normale et s'y maintient jusqu'au 15 novembre.

Novembre 16 au soir, nouveau frisson, température 39°7 ; cependant le sommeil est assez tranquille.

[1] La diarrhée fut combattue pendant deux jours au moyen de tannin avec de l'opium, et de poudre de bismuth.

Novembre 17. Température 37°9 à 9 h. du matin.

M. le professeur Socin se décide à tenter l'opération.

Celle-ci ne pouvait consister que dans un essai d'excision de ce grand sac dont le contenu séropurulent entretenait la fièvre et l'épuisement de l'individu.

Quant aux ponctions palliatives, nous avons vu au commencement de cette notice que leur influence ne fut jamais que de courte durée. Que peut-on attendre en effet de ponctions dans une cavité dont les parois sont trop épaissies et rigides pour se rétracter à mesure que leur contenu diminue de volume ?

Dans le cas présent nous avions affaire à une peau scrotale éléphantiasique, ayant perdu toute élasticité ; en outre l'examen de la masse fluctuante et la ponction exploratrice nous avaient mis au courant de l'épaisseur énorme de la paroi du kyste.

A supposer même que l'hydrocèle eût pu être en quelque sorte pédiculisée et qu'elle n'eût pas eu une de ses parois commune avec le sac herniaire ainsi qu'on pouvait le prévoir d'après les symptômes physiques, la ponction, même suivie d'injections iodées, n'eût jamais amené une guérison, puisque les parois étaient non rétractiles.

D'un autre côté notre homme était voué à une mort certaine dans un bref délai si on le laissait sans secours avec son énorme sac en voie de transformation purulente.

Malgré les mauvaises conditions du sujet et le peu d'espoir de réussite l'opération semblait d'urgence.

La seule chose à tenter était donc l'ablation complète ou partielle du sac devant entraîner nécessairement la castra-

tion du côté droit, puis la résection d'une grande partie de la peau hypertrophiée qui lui servait d'enveloppe.

La paroi du sac herniaire adhérente à l'hydrocèle, et mise à nu par cette première partie de l'opération, serait alors recouverte par des lambeaux de scrotum ménagés à cet effet.

En cas de succès (hélas bien problématique!) et après guérison complète des grandes plaies chirurgicales nécessitées par cette opération, l'on tenterait la réduction graduelle de la hernie par la compression élastique permanente.

Tel fut le plan des divers actes opératoires exigés par l'état désespéré du malade, plan basé sur le diagnostic exposé plus haut, après mûr examen, et sans se dissimuler qu'il n'offrait que de faibles chances de réussite.

Nous allons voir que dans le courant de l'opération le diagnostic fut modifié, sans avoir du reste aucune influence sur le mode opératoire en lui-même. En réalité nous avions affaire à un cas encore beaucoup plus intéressant que nous ne le supposions, et qui offrait des difficultés de diagnostic que l'autopsie elle-même ne put, comme nous le verrons plus tard, complétement élucider.

Opération.

Le sommeil chloroformique s'établit facilement, mais ne put être maintenu complet pendant toute l'opération, vu sa longueur et l'épuisement du sujet.

M. le professeur Socin fait d'abord une incision de la peau, longue d'environ 10 cent., un peu au-dessous du milieu de la tumeur. Cette première incision donne lieu à une hémorrhagie assez copieuse résultant de la section d'un nombre considérable de troncs veineux superficiels, maintenus béants par l'hypertrophie de la peau et du tissu conjonctif sous-jacent. Le tégument a de 4 à 5 cent. d'épaisseur et présente une surface de section blanche, stratifiée, très résistante.

Au fond de l'incision se trouve la paroi de la grande poche, intimément adhérente à la peau. Il devient dès à présent évident qu'il ne sera pas possible d'énucléer le kyste dans son entier, mais qu'il faudra, du moins dans la région inférieure, enlever d'un même temps la peau qui lui adhère, en n'en ménageant que la portion nécessaire pour recouvrir la paroi latérale de la hernie qu'il faudra mettre à nu.

L'ablation de notre grand kyste ne pouvait naturellement être tentée qu'après avoir diminué son volume en évacuant son contenu. A cet effet un gros trocart d'ovariotomie est plongé, non sans peine, au travers de la paroi du kyste, dans le fond de l'incision cutanée. Il s'écoule par son orifice un liquide jaunâtre et trouble, un peu gélatineux et répandant une légère odeur. L'écoulement est lent et laborieux, le trocart s'obturant souvent par des bouchons fibrineux; aussi l'enlève-t-on bientôt, et l'on dilate l'ouverture du kyste en haut et en bas de manière à donner libre issue au liquide et aux lambeaux de fibrine jaune; ceux-ci doivent être en partie enlevés à la main.

Après l'écoulement de la plus grande partie du liquide

il est facile de constater la forte épaisseur de la paroi kystique ; elle est environ de 2 cent. Dans toute l'étendue de l'incision elle fait corps avec la peau, de façon qu'il serait impossible de l'en séparer. Il faut donc, en vue de leur résection, continuer à inciser simultanément la peau et le kyste.

Cette coupe est constamment interrompue par la nécessité de l'hémostase ; de nombreux vaisseaux sanguins, la plupart veineux, sillonnent dans tous les sens, soit la peau épaissie, soit la paroi du sac. Les ligatures sont fort difficiles à placer dans ce tissu rigide, et glissent aisément de leur place ; aussi, afin d'éviter une plus grande perte de sang, est-on obligé d'avoir recours à l'anse galvanocaustique, au moyen de laquelle les tissus à sectionner sont successivement divisés [1].

L'incision primitive est agrandie de cette manière jusque près de la racine du penis. Dans cette région la peau présente des conditions plus normales, et peut même en partie être divisée à l'aide du bistouri. Elle est très peu hypertrophiée et se laisse assez facilement décoller de la paroi kystique sous-jacente.

Celle-ci peut être alors en grande partie énucléée de son enveloppe cutanée jusque dans la région inguinale gauche,

[1] Il est intéressant de noter que l'appareil galvanocaustique ne fut peut-être jamais employé jusqu'à ce jour pour une opération de ce genre, vu que Kocher, en 1875, à propos des opérations de l'éléphantiasis du scrotum, fait la remarque qu'il ne connaît aucun cas où cette méthode opératoire ait été employée. Lui-même opéra pourtant, par ce moyen, un cas d'éléphantiasis de la vulve. (V. *Pitha-Billroth*. Chirurgie, 3e vol., 2e partie, p. 26.)

où l'on peut s'assurer de nouveau que le kyste est parfaitement clos du côté du bassin.

Après l'énucléation de la partie supérieure de notre grand sac, la main introduite dans sa cavité par la grande incision peut se rendre compte de la nature de la face interne de sa paroi.

Cet examen donne les résultats suivants :

1° L'intérieur du kyste est revêtu d'une couche fibrineuse épaisse d'environ 1 cent. et adhérente à la paroi fibreuse ; la face interne de cette couche présente des proéminences arrondies et gélatineuses ; elle est du reste facile à détacher de la membrane qu'elle recouvre.

2° Le côté droit du kyste est bombé en dedans par un deuxième sac qui lui est accollé intimement dans toute son étendue, de façon à ne permettre aucun déplacement de leurs parois communes l'une sur l'autre. Cette découverte fait prévoir qu'il sera impossible de continuer l'énucléation sur la paroi droite du kyste.

Le second sac donne partout un son tympanique à la percussion et correspond exactement à notre grosse hernie diagnostiquée avant l'opération.

3° Le testicule droit que l'on devait, d'après le diagnostic posé, trouver quelque part adossé à la paroi de l'hydrocèle, échappe à toutes les recherches. En revanche on découvre vers la partie inférieure de la grande poche une nouvelle petite tumeur dont la présence n'avait pas été soupçonnée avant l'opération, englobée qu'elle était dans la masse énorme des deux autres. Cette tumeur est de la grosseur

d'un œuf; en arrière, elle est en rapport avec la paroi antérieure du grand kyste, à laquelle elle adhère; en avant, elle est en rapport avec les téguments épaissis; à droite, elle n'est éloignée que de quelques centimètres de l'extrémité inférieure du sac herniaire.

Cette petite masse offre une fluctuation bien déterminée. Une incision faite sur sa paroi laisse écouler environ 150 grammes d'un liquide séreux clair, et permet de reconnaître cette poche pour une hydrocèle de la tunique vaginale, enveloppant le testicule droit normal adossé à sa paroi postérieure. Les parois de cette petite hydrocèle sont peu épaissies et lisses à leur surface interne; elles n'offrent nulle part de communication avec le grand kyste. Celui-ci se trouve donc être *extravaginal*. Dès maintenant il fallut corriger le diagnostic en ce sens que notre grande poche n'était en tous cas pas une hydrocèle de la tunique vaginale.

Cette modification du diagnostic ne change cependant rien au cours général de l'opération dont le but est d'enlever en tout ou en partie l'énorme masse enkystée.

Aussi l'examen achevé, M. le professeur Socin reprend son travail un moment interrompu.

Il faut renoncer en effet à décoller du sac herniaire le côté droit du kyste, vu que là leur adhérence est si intime qu'ils ne forment qu'une seule paroi commune de séparation entre les deux grandes poches, et qu'il est même impossible d'y voir deux couches distinctes. On doit donc se contenter d'enlever la partie supérieure du sac déjà énucléée et de réséquer toute la partie inférieure gauche de la

tumeur où l'on avait constaté l'adhérence intime du sac avec la peau hypertrophiée.

Pour exécuter cette résection, M. Socin prolonge en bas l'incision longitudinale primitive de manière à la faire passer entre la hernie et la petite hydrocèle vaginale, puis il fait une seconde section partant presque à angle droit de l'extrémité supérieure de la première, et intéressant également toute l'épaisseur des téguments, de la surface de l'épiderme à la face interne de la paroi kystique. Cette section va rejoindre le bord latéral gauche de la tumeur.

Toute la partie située entre les deux coupes est enlevée et représente un immense quartier de tissus de forme triangulaire, constitué par la peau et la paroi du kyste formant ensemble une masse fibreuse homogène de plusieurs centimètres d'épaisseur.

A la partie inférieure droite de ce quartier de tissu, entre la peau et la paroi kystique qu'elle sépare l'une de l'autre sur un petit espace, se trouve l'hydrocèle vaginale dont le contenu liquide a été évacué, mais qui a dû être enlevée avec la paroi du grand kyste auquel elle adhérait, après section du cordon spermatique quelques centimètres au-dessus de l'épididyme.

La résection de ces masses de tissus fibreux est fort laborieuse ; l'anse galvanocaustique doit être appliquée successivement une quinzaine de fois, mais grâce à elle on peut opérer presque à sec. Les nombreux orifices de vaisseaux qui apparaissent sur la coupe jaunâtre résultant de la section galvanique, et dont les plus volumineux laissent ici et là suinter un peu de sang veineux, démontrent qu'il

aurait été impossible d'enlever cette immense masse par un autre moyen.

Cette partie de l'opération terminée, on découvre les éléments du cordon spermatique coupé, ayant subi un allongement énorme, séparés les uns des autres et collés à la partie postérieure de la paroi commune aux deux poches principales.

On essaie ensuite la réduction de la hernie, mais tous les efforts de taxis sont inutiles. Il est clair que les anses intestinales ont contracté, pendant leur long séjour en dehors de la cavité abdominale, de nombreuses adhérences avec le sac herniaire.

Ces tentatives, assez douloureuses, semblent du reste beaucoup affecter le malade qui est fort épuisé et dont le pouls est à peine sensible. Cet état général fort inquiétant oblige d'interrompre l'opération et de recourir aux analeptiques violents, tels qu'ingurgitation de vin chaud et de grog, puis injection sous-cutanée d'éther. A force de soins on parvient à conjurer un collapsus qui semble un moment devoir devenir fatal, et l'on peut songer à pratiquer l'occlusion de l'immense plaie résultant de l'excision du kyste.

Les lambeaux de peau qui ont pu être ménagés dans les parties supérieures et postérieures, suffisent à peine à recouvrir toute la partie du sac herniaire mise à nu par l'opération.

Ils sont fixés par une centaine de points de suture, et leurs bords réunis forment sur la partie antérolatérale gauche du scrotum une figure qui rappelle la forme d'un Y

renversé, dont le jambage vertical remonte jusque vers la racine du penis.

A l'extrémité inférieure reste, pour l'évacuation des liquides, une plaie béante de la grandeur de la paume de la main.

Le drainage de cette immense plaie suturée est fait aussi soigneusement que possible, et le tout est enveloppé dans une épaisse couche de gaze antiseptique et placé sur des supports.

Le résultat de l'opération est l'enlèvement de 21 $^1/_2$ kilog. de liquide et de masses fibrineuses, plus 6 $^1/_4$ kilog. de peau et de paroi kystique [1].

Le collapsus tant redouté ne tarda pas à se manifester ; la température du malade prise après l'opération était de 32°3. Le soir à 5 h. elle n'était encore que de 33°.

Notre opéré eut froid toute l'après-midi ; il avait à peine sa connaissance et ne réagissait que par des mouvements d'yeux ; le visage était jaune pâle, les lèvres bleuâtres.

Le pouls, contrôlé soigneusement jusqu'à la nuit, était filant, imperceptible par moments ; en moyenne 88 pulsations à la minute. La respiration, très superficielle, variait entre 20 et 30.

A force d'analeptiques (vins de Champagne et de Mar-

[1] L'opération, commencée à 11 h. du matin, fut terminée à 3 $^1/_4$ h. de l'après-midi !

sala), on parvint cependant à maintenir les contractions du cœur.

Enfin vers 7 h. du soir, après deux injections sous-cutanées d'éther camphré, le pouls se ranima un peu, et le malade prit avec plaisir un peu de bouillon et de soupe.

Jusqu'à 9 h. du soir notre malade n'urina pas malgré la grande quantité de liquide absorbée (deux bouteilles de vin et un litre de soupe), aussi on lui introduisit une sonde dans la vessie; celle-ci donna issue à environ 80 grammes d'une urine claire. L'abdomen n'était pas douloureux; à minuit la température était de 36°5.

Novembre 18. Température : matin 38°2. Midi 35°8. Soir 37°7.

Etat toujours très misérable, mais l'intellect paraît un peu plus lucide; il réagit du moins par quelques réponses aux questions adressées; il y a eu aussi évacuation d'urine spontanée. Pendant la matinée le malade a eu des vomissements répétés.

On renouvelle le pansement; la tumeur herniaire est assez douloureuse et la peau est cyanosée, surtout vers les bords de la plaie. Celle-ci laisse suinter un liquide sérosanguinolent fétide; la douleur est relativement minime au repos. Pouls toujours petit et faible.

Vers midi notre malade se plaint de nouveau d'un grand froid; le pouls est misérable, à peine perceptible. On est obligé de renouveler en partie le pansement détrempé par les sécrétions de la plaie.

La peau, aux places des injections d'éther, est d'un rouge-bleu foncé. La respiration devient fréquente.

Dès 8 h. du soir l'état va en s'aggravant.

Le pouls monte à 150, la respiration à 38-40.

Novembre 19. Aucun sommeil pendant la nuit; forte dyspnée; le pouls est impossible à compter à cause de sa fréquence; le corps est couvert d'une sueur visqueuse; la température est de 37°7.

Vers midi s'aggrave l'état comateux précédant la mort, qui survient à 3 heures.

Dès la veille la peau qui recouvrait la hernie avait pris une teinte foncée; elle paraissait insensible à la pression. De la plaie s'écoulait un liquide sanieux et abondant.

Autopsie.

L'autopsie fut faite par M. le professeur Roth, à l'obligeance duquel nous devons les détails suivants :

Corps amaigri; peau jaunâtre.

Le scrotum forme une bourse pendant jusqu'aux genoux, à la surface de laquelle le penis est à peine visible.

Sur la face antérieure de ce sac se trouve une grande plaie chirurgicale fermée par une suture.

Après l'ouverture du corps l'on trouve :

Péricarde occupant un grand espace; il contient environ 200 gram. d'un liquide clair.

Cœur très grossi, surtout en largeur; dans toutes les cavités cardiaques on trouve du sang en grande partie li-

quide ; quelques caillots. Le ventricule droit est très dilaté ; sa musculature est brun-pâle, de même que celle de l'oreillette. Le ventricule gauche, très dilaté aussi, offre en outre une assez forte hypertrophie des parois. Les valvules mitrales et aortiques sont un peu épaissies.

Poumon gauche un peu adhérent à la pointe ; il y a une petite quantité d'un liquide clair dans la plèvre. A la coupe, le poumon est partout perméable à l'air. A sa partie inférieure, sur la surface, se trouve un dépôt fibrineux facile à enlever et recouvrant un infarctus hémorrhagique de la grosseur d'une noix. Dans le voisinage, on découvre un embolus sur une bifurcation de l'artère pulmonaire.

Poumon droit également adhérent à la pointe ; il est moins anémié que le gauche et présente même un peu d'œdème à sa partie inférieure.

Estomac très dilaté ; le pylore se trouve dans la région inguinale droite. La muqueuse stomachale est épaissie et présente plusieurs petites érosions hémorrhagiques sur la paroi postérieure. Son contenu est un mucus coloré par la bile.

Rate un peu augmentée de volume, assez résistante.

Rein gauche gros ; la capsule est facile à détacher ; la surface et la coupe sont très pâles.

Rein droit, plus petit que le gauche. La surface est lisse, sauf quelques petites cicatrices. L'uretère, le bassinet et les calices sont très dilatés, les pyramides sont un peu atrophiées. Le tissu est très anémié.

Foie un peu hypertrophié ; la coupe est brun-jaune. Dans

la vésicule biliaire on trouve une bile épaisse, d'un brun foncé.

Canal inguinal droit très large et court ; il donne passage à un énorme paquet d'anses intestinales, si bien qu'il ne reste plus dans l'abdomen que la partie supérieure du duodénum et les colons.

Scrotum. Le tissu cellulaire sous-cutané est infiltré de pus dans une grande étendue. Sous la plaie suturée on trouve une membrane couleur d'ardoise et épaisse de 3 millim. Sa face interne est soudée au sac herniaire.

Sur la paroi gauche du sac péritonéal se trouve le reste du cordon spermatique infiltré d'un œdème purulent ; ses vaisseaux sont très dilatés.

Dans le sac même on trouve 100 grammes d'un liquide jaunâtre et trouble. La plus grande partie des circonvolutions intestinales est fortement adhérente au sac. Sur le mésentère de l'une des anses se présente un kyste de la grosseur d'une noisette.

La moitié gauche du scrotum est normale sauf un peu d'épaississement de la peau. Le testicule gauche est petit, un peu atrophié.

L'examen microscopique de la peau scrotale et de la paroi kystique enlevées pendant l'opération et conservées à cet effet, nous a donné les résultats suivants :

Le scrotum est le siége d'une hyperplasie conjonctive ayant envahi toute l'épaisseur du derme et du tissu cellulaire sous-cutané. Çà et là on y remarque des amas de tissu

graisseux. Il nous a été impossible de reconnaître les fibres musculaires du dartos, cependant elles doivent être là, mais probablement étouffées par l'énorme production de tissu conjonctif.

L'épiderme est aussi très hypertrophié, spécialement la couche cornée.

La paroi du kyste également sclérotique et intimement adhérente à la peau, est formée d'un tissu fibreux très serré où l'on distingue à peine les cellules; elle est recouverte d'une épaisse couche de fibrine.

Nulle part nous n'avons trouvé de plaques cartilagineuses ou osseuses telles qu'il s'en présente quelquefois à la surface des anciens kystes à parois sclérotiques.

Diagnostic anatomique.

a) Eléphantiasis et œdème du scrotum, compliqués de phlegmon de ce dernier et du cordon spermatique gauche 48 heures après l'excision d'un sac à parois sclérotiques. — Ce sac est-il une hydrocèle du cordon spermatique ou un ancien sac herniaire enkysté?... La question reste pendante, car l'autopsie, aussi bien que l'examen clinique, est impuissante à la trancher.

b) Hernie inguinale droite colossale et adhérente à son sac. Péritonite fraîche dans le sac herniaire.

c) Hydrocèle chronique séreuse du testicule droit, découverte pendant l'opération.

d) Pleurésie fraîche, double, adhésive aux sommets des poumons; infarctus hémorrhagique du poumon gauche.

e) Hypertrophie du ventricule gauche, dilatation de tout le cœur.

f) Hypertrophie du rein gauche, hydronéphrose du côté droit et dilatation de l'uretère correspondant.

g) Dilatation de l'estomac, résultant de sa position anormale favorisant la stagnation des aliments.

h) Anémie générale.

Comme nous l'avons fait prévoir au commencement de cette notice, l'autopsie ne nous donne pas de réponse positive sur la nature de notre grand kyste. Elle nous laisse l'alternative entre une hydrocèle du cordon spermatique avec hyperplasie des parois, et un ancien sac herniaire enkysté qui se serait peu à peu développé hors de toutes proportions connues, et dont le contenu aurait fini par s'enflammer et devenir purulent.

Dans le cas d'une hydrocèle du cordon proprement dite, deux modes de développement sont possibles selon que nous admettons que l'hydrocèle est de date plus ancienne que la hernie, ou qu'au contraire celle-ci lui est antérieure.

Dans le premier cas la prétendue hernie congénitale dont parle notre malade n'en était pas une, mais bien une de ces hydrocèles congénitales du cordon spermatique qui, tant que la communication avec la cavité péritonéale persiste, disparaissent facilement dans la position horizontale, et peuvent par-là même être prises pour une hernie. Cette hypothèse serait d'autant plus admissible que la tumeur primordiale n'avait jamais été soumise à un examen médical et que l'erreur était facile de la part du malade, auquel nous sommes en droit de refuser toutes notions chirurgicales. L'orifice de communication se serait alors oblitéré dans la suite, et l'hydrocèle communiquante aurait été ainsi transformée en hydrocèle enkystée. La hernie se serait alors frayé son chemin plus tard dans la partie du prolongement péritonéal située au-dessus de l'orifice obturé; en prenant plus de développement elle aurait glissé sur la face latérale du kyste funiculaire, et se serait trouvée finalement juxtaposée à ce dernier.

Les hydrocèles congénitales du cordon spermatique sont, il est vrai, relativement rares, et nous n'avons trouvé dans la bibliographie aucun cas qui présente un mode de développement pareil à celui que nous venons d'exposer, mais cependant rien ne s'oppose, nous semble-t-il, à la possibilité d'une pareille origine.

Si au contraire nous voulons admettre que la tumeur congénitale constatée par le malade était bien dûment une hernie, et que l'énorme kyste du cordon ne s'est développé que plus tard, nous aurions alors affaire à un de ces cas rares aussi, mais cependant constatés maintes fois, dans

lesquels l'hydrocèle funiculaire est due à la pression permanente exercée par une hernie volumineuse sur les vaisseaux du cordon.

Sans attacher grande importance aux commémoratifs du malade, dont l'exactitude est loin d'offrir une garantie suffisante, cette seconde hypothèse nous paraît offrir plus de vraisemblance que la première; elle explique, ce nous semble, d'une manière plus satisfaisante les rapports anatomiques des deux tumeurs. Il est évident que, dans ce cas, le kyste du cordon devait se développer d'abord en haut et en arrière de la hernie, et si dans la suite cette dernière n'apparaît plus que comme un appendice du kyste, cette disposition anormale doit être attribuée au développement extraordinaire de celui-ci.

Il nous reste à examiner la seconde alternative que nous avons posée plus haut : serait-il possible que le kyste en question ne fût autre chose qu'un ancien sac herniaire oblitéré dans son col, résidu de la hernie congénitale dont parle le malade ? Dans ce cas il faudrait admettre qu'une seconde hernie se serait formée consécutivement, en refoulant d'abord devant elle l'enveloppe de la première, puis, glissant sur sa face latérale externe, serait venue se placer à ses côtés.

Nous pourrions citer à l'appui de cette hypothèse de nombreux cas analogues recueillis de toutes parts dans les annales de la chirurgie. Il n'est guères de chirurgien qui n'ait rencontré, soit à l'autopsie, soit sur la table d'opération, de ces anciens sacs herniaires clos de toutes parts, situés dans le canal inguinal ou bien accolés au sac d'une

seconde hernie. On sait du reste que ces kystes peuvent même être une occasion d'étranglement, et que leur présence peut devenir un sujet d'embarras dans l'opération de l'herniotomie.

En concluant par analogie rien ne s'opposerait à admettre que nous avons affaire à un cas pareil. La seule difficulté serait cependant d'expliquer comment un sac herniaire oblitéré aurait pu arriver à des dimensions aussi colossales. D'après nos recherches bibliographiques, ces kystes herniaires ne prennent en général que peu de développement, et dans aucun cas leur volume n'atteint à beaucoup près celui de notre tumeur.

La même difficulté existe du reste pour nos deux premières hypothèses. Il ne nous a pas été possible de trouver dans la littérature médicale une observation d'un kyste du cordon spermatique, quelle que fût son origine, qui soit comparable pour le volume à celui que nous avons décrit.

Cette remarque s'applique également aux vraies hydrocèles vaginales, dont la casuistique est bien plus étendue. Nous verrons plus bas que, parmi celles citées pour leur volume exceptionnel, aucune n'égale en grandeur la tumeur dont nous avons rapporté l'observation.

Quant à la petite hydrocèle du testicule reconnue seulement pendant l'opération, il est impossible de préciser sa cause exacte ni l'époque de sa formation. Dans tous les cas, d'après la ténuité de ses parois et la clarté du liquide, on peut la regarder comme de formation beaucoup plus récente que le grand kyste funiculaire. Elle ne fait du reste qu'ajouter un intérêt de plus à notre observation déjà si re-

marquable; en effet la triple complication en présence de laquelle nous nous trouvons, hernie, kyste funiculaire et hydrocèle du testicule, est certainement des plus rares, et quoique les livres traitant du sujet mentionnent sa possibilité, nous n'en avons trouvé aucun exemple dans la bibliographie à notre disposition.

II

Avant de faire part du résultat de nos recherches bibliographiques sur ce sujet, nous aimerions à entrer dans quelques détails sur les hydrocèles en général et sur les complications qui peuvent les accompagner. Cette étude sera la meilleure preuve que l'observation que nous avons rapportée en est une variété des plus rares.

Bien peu de maladies chirurgicales ont été l'objet d'études aussi nombreuses que celles qui ont pour siége le prolongement péritonéal satellite du testicule et du cordon spermatique à leur sortie de l'abdomen, et que l'on réunit sous le nom générique d'*Hydrocèles*.

La littérature médicale est en effet fort riche à ce sujet, et des travaux tels que ceux de A. Cooper[1], de Pitha[2], de Curling[3], à part quelques erreurs que leurs successeurs ont relevées, seront toujours de précieuses sources pour quiconque s'occupera de recherches sur cette matière.

[1] Observ. on the Structure and the Diseases of the Testis. 1841.

[2] *Pitha.* Krankh. der männlichen Geschlechtsorgane in *Wirchow's* Handb. der Pathologie u. Therapie. Erlangen, 1869.

[3] *Curling.* Practical Treatise on the Diseases of the Testis. 1866.

Néanmoins, malgré cette abondance de travaux qui, semble-t-il, auraient dû éclaircir tous les doutes sur la nature des hydrocèles, les auteurs sont loin d'être d'accord sur la valeur de cette dénomination.

Pour ne parler d'abord que de l'hydrocèle du testicule, nous voyons que les uns appliquent ce terme à toute affection inflammatoire, aiguë ou chronique, de la tunique vaginale propre, accompagnée ou non d'une accumulation de liquide dans l'intérieur de la séreuse.

Pris ainsi, le nom d'hydrocèle ne spécifie rien; c'est une désignation commune à plusieurs formes d'inflammation, la plupart du temps aussi distinctes pour le clinicien que pour l'anatomiste. Si l'on ajoute dans chaque cas spécial une épithète désignant la forme en présence, épithète qui a rapport à la nature du liquide contenu (hydrocèle séreuse, purulente, hémorrhagique), ou aux changements survenus dans la structure des parois (hydrocèle plastique adhésive, prolifère), le diagnostic sera complet, quoique étymologiquement une *hydrocèle plastique,* par exemple, soit un non sens (ὑδωρ et κηλη).

D'autres auteurs au contraire séparent nettement l'hydrocèle de l'inflammation de la tunique vaginale; ils consacrent ce nom uniquement à la forme clinique ordinaire, consistant en l'accumulation d'un liquide clair dans la séreuse dont les parois ne sont pas sensiblement modifiées.

Pour eux cette forme n'est pas de nature inflammatoire, c'est une simple hydropisie, une transsudation de sérum dans la cavité vaginale.

Cette manière de voir ne paraît pas juste d'après les étu-

des récentes qui tendent toutes à démontrer la nature inflammatoire de l'hydrocèle séreuse.

Nous pourrions peut-être en excepter certains cas d'hydrocèle infantile, tels que ceux mentionnés par Bryant[1].

Ces épanchements, qu'il regarde comme cachectiques et passifs, disparaissent souvent d'eux-mêmes ou à l'aide d'un traitement tonique, sans aucune intervention locale.

Kocher[2] nous paraît avoir fort bien précisé les raisons qui tendent à repousser la séparation de l'hydrocèle ordinaire des processus inflammatoires.

En effet, outre le fait que rien n'est plus rare dans les hydropisies généralisées (si même le cas se présente), qu'une hydrocèle de la tunique vaginale, on trouve tous les degrés de transition entre l'hydrocèle prétendue hydropique et les formes dont la nature inflammatoire ne saurait être mise en doute par personne.

Un deuxième fait bien probant, c'est que même dans les hydrocèles à contenu parfaitement limpide et qui ne se sont jamais trahies par des symptômes inflammatoires locaux ou généraux, le liquide contient toujours des quantités plus ou moins considérables de fibrine coagulée, comme cela a lieu dans toute inflammation.

La surface interne de la tunique est lisse, il est vrai, dans les cas récents, mais le tissu conjonctif de la membrane est toujours épaissi[3]. Dans les hydrocèles anciennes on trouve

[1] Guy's Hospital Reports. Vol. XI. 1865.

[2] *Pitha-Billroth,* Chirurgie. 3e vol. 2e partie.

[3] *Cornil* et *Ranvier,* Traité d'histologie pathologique.

constamment les signes très manifestes d'une inflammation chronique, sous forme de néomembranes à la surface interne de la tunique vaginale. Ces productions sont en général constituées par un tissu fibreux dense qui peut même revêtir par place la forme de plaques saillantes, quelquefois même cartilagineuses ou osseuses, ou de villosités qui, en se pédiculisant, peuvent devenir libres dans la séreuse de la même façon que les corps articulaires.

L'étiologie enfin des hydrocèles vaginales parle aussi en faveur de leur nature inflammatoire ; en effet, dans la plupart des cas on peut les rapporter à des causes qui se trahissent cliniquement par des phénomènes inflammatoires, telles que la blennorrhagie et les contusions du testicule.

Ainsi, sauf peut-être l'exception mentionnée plus haut, nous nous rangeons complétement à l'opinion du professeur Kocher sur la nature de l'hydrocèle, et le nom de *Périorchite,* donnée à cette affection en premier lieu par Blasius, serait parfaitement à sa place, s'il n'était souvent inopportun de changer une dénomination, même impropre, consacrée par l'usage.

Tout ce que nous venons de dire au sujet de la nature de l'hydrocèle vaginale et de la valeur du terme, peut être appliqué sans y rien changer [1] à l'affection connue sous le nom d'*Hydrocèle du cordon spermatique* (hydrocèle enkystée). Si l'on voulait introduire un nom plus exact, désignant la

[1] Le seul point qui ne puisse s'appliquer à l'hydrocèle du cordon, c'est celui qui a trait à la périorchite, suite de blennorrhagie ; cette affection ne rentre pas, à notre connaissance, dans l'étiologie des hydrocèles funiculaires.

nature de l'affection et correspondant à celui de périorchite, le terme de périspermatite proposé par Hagen[1] nous paraît assez bien choisi. (Celui de *périfuniculite* serait rigoureusement plus exact.)

Ici comme pour la périorchite nous avons à distinguer plusieurs formes cliniques et anatomiques de la maladie. Elles peuvent toutes rentrer dans le cadre suivant donné par Kocher :

Périorchite ou Périspermatite	Aiguë	séreuse
		plastique
		suppurée.
	—	
	Chronique	séreuse
		plastique
		suppurée.

Les formes plastiques comprennent trois variétés :

Périorchite ou Périspermatite	adhésive
	prolifère
	hémorrhagique.

On peut aussi les diviser de la manière suivante, d'après Melchiori[2], en se basant sur les rapports anatomiques qu'affecte le siége de l'affection :

1 Hydrocele communicans testis et funiculi totalis
2 » » funiculi totalis
3 » » funiculi partialis

d'une part, et :

[1] *Pitha-Billroth*, loc. cit.

[2] Annal. Univers. Vol. 196.

1 Hydrocele non communicans testis et funiculi totalis
2 » » » testis et funiculi extrainguin.
3 » » » testis
4 » » » funiculi { totalis / extrainguinalis / intrainguinalis.

d'autre part.

D'après les recherches de Cloquet, de Melchiori et d'autres, qui ont montré la persistance assez fréquente, partielle ou totale, du prolongement péritonéal qui accompagne le cordon spermatique, l'étiologie des vraies hydrocèles funiculaires n'offre plus rien d'obscur. Cette portion non oblitérée peut devenir le siége d'une inflammation susceptible de revêtir les diverses formes que nous avons mentionnées.

Ces hydrocèles du cordon spermatique, beaucoup plus rares que leurs analogues du testicule, n'ont pas encore été l'objet d'études aussi approfondies, vu l'exiguïté du matériel; cependant on y a retrouvé sans exception toutes les variétés correspondantes aux diverses formes de la périorchite.

Le prolongement péritonéal qui accompagne le testicule dans sa migration hors de l'abdomen peut, comme nous l'avons dit, rester ouvert dans toute sa longueur et laisser ainsi la formation de la tunique vaginale incomplète. Si cet appendice du péritoine ainsi ouvert devient le siége d'une inflammation, celle-ci ne se limitera pas à la portion enveloppant le testicule ou à celle au niveau du cordon. Les deux parties n'en formant plus qu'une donneront lieu ainsi à une seule hydrocèle commune occupant toute la longueur

de l'appendice (Hydrocele testis et funiculi totalis), et si la communication avec le péritoine persiste, l'hydrocèle sera non-seulement totale mais *communiquante.*

Les différentes formes peuvent varier à l'infini suivant l'étendue et les rapports de la portion non oblitérée. L'hydrocèle pourra en effet être limitée à la portion intrainguinale du cordon, *hydrocele intrainguinalis*, ou à la portion située en dehors de l'abdomen, *hydrocele extrainguinalis.*

De toutes les variétés de la périspermatite, cette dernière paraît être la plus fréquente d'après les préparations conservées dans les musées de pathologie. Son diagnostic pendant la vie est en général assez facile, car la tumeur résultant de sa présence se trouve à portée de tous les moyens d'investigation.

Cette tumeur a des rapports en général bien définis; elle se laisse parfaitement limiter à sa partie supérieure du côté du canal inguinal, à sa partie inférieure on sent le testicule formant un appendice indépendant et pouvant s'isoler d'elle plus ou moins complétement. Son volume, peu considérable dans la plupart des cas, se dessine à travers le scrotum par une proéminence ovoïde; par la palpation on peut en général sentir à sa face postérieure le cordon spermatique normal.

A moins de parois fort épaissies ou de contenu mi-solide (sang coagulé), la tumeur est nettement fluctuante; si le liquide est séreux, elle est transparente.

Ces cas types n'offrent donc aucune difficulté de diagnostic; tout au plus pourrait-on hésiter sur la nature du liquide contenu dans la poche kystique, dans les cas où la

recherche de la transparence ne donnerait pas de résultats certains.

En revanche il est souvent fort difficile, parfois impossible, de déterminer avec précision le mode de développement de la tumeur kystique. Celle-ci a-t-elle été d'emblée une véritable hydrocèle du cordon, ou bien est-elle constituée par un ancien sac herniaire dont l'orifice oblitéré s'oppose au déplacement de l'épiploon ou de l'intestin? En analysant notre observation nous avons déjà indiqué que cette question ne saurait être résolue que lorsque on dispose de données commémoratives bien exactes.

Si celles-ci font défaut, l'examen le plus approfondi, bien plus, le scalpel de l'anatomiste, ne pourront porter qu'un diagnostic de probabilité.

Dans un cas de ce genre nous voyons un chirurgien dont l'autorité ne sera mise en doute par personne, Astley Cooper, ne se prononcer qu'avec une extrême réserve. Nous trouvons dans son livre sur les maladies du testicule une observation dont voici le résumé [1] :

Le docteur Roberts lui envoya à Londres un malade affecté d'une hydrocèle enveloppant le testicule, qui ne s'était jamais vidée complétement en dépit de plusieurs ponctions. Il restait une seconde tumeur fluctuante allant de la partie supérieure du testicule jusqu'à l'anneau inguinal. Cette tumeur, transparente du reste, finit par guérir après des ponctions réitérées qui donnèrent issue à un liquide aqueux et incolore avec des flocons coagulés.

[1] *A. Cooper.* Observations on the structure and diseases of the testis.

Cooper pose l'alternative d'une hydrocèle funiculaire, ou d'un sac herniaire enkysté dont la paroi aurait sécrété un liquide à l'intérieur. Il regarde, il est vrai, la première alternative comme la plus probable, mais il se garde de trancher la question péremptoirement.

Passons maintenant à l'étude des complications. Elles sont assez fréquentes et accusent des causes fort diverses. Notre cas prouve en outre qu'elles peuvent se rencontrer toutes ensemble et donner lieu à des difficultés sérieuses de diagnostic.

Citons en premier lieu l'une des plus rares : l'éléphantiasis du scrotum.

Plusieurs auteurs [1] mentionnent cette complication comme accompagnant quelquefois l'hydrocèle vaginale, et la rapportent avec beaucoup de vraisemblance à l'extension du scrotum résultant d'une tumeur à son intérieur et occasionnant par là des troubles de circulation, des varicosités veineuses, circonstances très favorables au développement d'une hyperplasie chronique de la peau scrotale.

La coïncidence d'une hydrocèle avec éléphantiasis cutuné est assez fréquente, paraît-il, aux Indes, où, du reste, au dire de quelques auteurs, l'éléphantiasis du scrotum formerait le contingent principal des maladies chirurgicales [2].

Dans le cas que nous avons rapporté, notre hydrocèle, compliquée, comme nous l'avons vu, d'une hernie, avait

[1] *Esdaile,* voy. *Larrey,* Mémoires de la Société chir. 1857. — *Meyer-Hoffmeister,* Heule u. Pfeuffers Zeitschrift, 1842.

[2] *Esdaile,* voy. *Larrey,* loc. cit.

amené par le volume colossal de cette double tumeur une extension énorme du scrotum ; celui-ci a dû nécessairement souffrir de troubles chroniques de circulation, de stases sanguines et lymphatiques suffisantes pour expliquer le développement de l'éléphantiasis.

Cette hyperplasie énorme des téguments, dans tous les cas où elle se présente, forme nécessairement un premier obstacle à l'examen diagnostique des parties qui sont au dessous. Elle rend spécialement la recherche de la fluctuation et de la transparence presque infructueuse, du moins dans les régions les plus hypertrophiées.

C'est grâce à cette complication que, dans l'observation décrite par nous, il fut impossible à la palpation de découvrir le testicule droit ; quoique son volume fût augmenté par la présence d'une petite hydrocèle vaginale, il échappa à toutes les investigations, enfoui qu'il était dans les tissus hypertrophiés. De là, on s'en souvient, l'erreur de diagnostic qui fit prendre d'abord la tumeur pour une hydrocèle vaginale.

Une autre complication bien plus fréquente est la présence d'une hernie inguinale du même côté que l'hydrocèle. Le diagnostic n'offre en général pas de difficulté. La différence de consistance, les phénomènes de percussion permettent la plupart du temps de délimiter exactement les deux tumeurs. Cependant si la hernie ne contenait que l'épiploon sans anses intestinales, et surtout si le contenu était irréductible, il pourrait se présenter des embarras sérieux pour le diagnostic, qui ne sauraient être dissipés sans un examen minutieux joint aux données anamnestiques.

La troisième complication dont notre observation fournit un exemple, c'est l'existence simultanée d'une hydrocèle funiculaire et d'une hydrocèle vaginale, séparées l'une de l'autre et sans aucune communication. La présence de deux poches kystiques accolées l'une à l'autre peut rendre le diagnostic impossible sans ponction préalable. Cela aura lieu lorsque l'adhérence entre les deux sacs est assez intime pour n'en faire qu'une seule masse, et que les parois extérieures sont trop épaissies pour qu'on puisse se rendre compte de la place du testicule. L'examen à travers la peau ne peut alors apprendre autre chose que l'existence d'une accumulation de liquide autour du cordon et du testicule, sans donner le droit de spécifier l'espace où il se trouve, ni s'il est réparti dans une ou plusieurs cavités. Nous avons vu plus haut que dans un cas de ce genre, ce ne fut qu'à la ponction de l'un des sacs que A. Cooper put reconnaître l'existence du second.

Cependant, dans certains cas très favorables, la sensation de *flot* ne se communiquant pas d'une manière égale dans toute l'étendue de la masse, pourrait mettre sur la voie et faire prévoir la présence de deux ou plusieurs poches non communicantes. Dans notre observation, la disproportion entre l'énorme kyste funiculaire et la petite hydrocèle vaginale, entourée de tous côtés de tissus hypertrophiés, devait nécessairement laisser ce symptôme inaperçu.

Nous voyons par ce court résumé que des complications de divers genres peuvent entraver considérablement le

diagnostic d'une affection qui, dans les cas ordinaires, ne demande pas une très grande perspicacité de la part du chirurgien. Prises isolément, ces complications ne sont pas très rares, mais les exemples où elles se trouvent toutes réunies sur un même sujet ne sont certainement pas d'une observation journalière. Ce fait, nous semble-t-il, motive pleinement l'étendue que nous avons donnée à la description du cas complexe qu'il nous a été permis d'observer.

Avant de terminer cette courte notice, nous nous permettrons de rappeler, en les résumant, quelques observations recueillies chez divers auteurs et offrant certains points d'analogie avec la nôtre. Aucune d'elles pourtant ne peut lui être identifiée, car ni les unes ni les autres n'offrent le même ensemble de complications; la littérature médicale ne nous offre aucun exemple où soient réunies toutes les mêmes circonstances en présence desquelles nous nous sommes trouvés: volume extraordinaire des parties à considérer, rapports entre elles, nombre et nature de ces parties. Aussi, si nous rapprochons notre observation d'autres cas analogues, ce n'est point dans le but de la faire rentrer dans un cadre connu; nous nous permettons d'ajouter ici les faits casuistiques principaux que nous avons rencontrés dans nos recherches bibliographiques, espérant au contraire par là mieux faire ressortir ce qui distingue notre cas de tous ceux qui ont été décrits jusqu'à présent.

Pour ce qui est du volume tout d'abord, nous n'avons rien trouvé d'approchant dans toute la casuistique des hydrocèles herniaires et funiculaires. Les plus grands amas

de liquide dans le scrotum, connus jusqu'à présent, ont eu pour siége, comme nous l'avons déjà dit, la tunique vaginale propre du testicule ; néanmoins aucune des tumeurs de ce genre n'a égalé en volume notre grand kyste funiculaire. Les deux plus grandes hydrocèles qui, à notre connaissance, ont été décrites jusqu'à ce jour, se trouvent rapportées dans le *Medical Times,* mai 1867. La première a été observée par A. Cooper et a acquis une certaine célébrité, grâce au personnage illustre qui en fut la victime. Voici le résumé de l'autopsie tel que Cooper lui-même nous l'a laissé :

« Le grand historien Gibbon était affligé d'une hernie scrotale si énorme que l'intestin presque tout entier, du moins toute la partie capable de déplacement, avait quitté la cavité abdominale. Le pylore même avait été entraîné jusque près de l'orifice du sac herniaire, et l'anneau inguinal était assez large pour laisser passer la main. A côté du sac se trouvait une cavité distincte contenant plusieurs pintes de sérum et s'étendant jusqu'à la région des genoux. »

Le second cas fut observé par Bouisson, de Montpellier, chez un homme de 52 ans.

La tumeur était encore plus volumineuse que celle de Gibbon : le malade avait l'air d'avoir « un second abdomen accroché au premier. »

« Cet abdomen supplémentaire est long de $0^{m}50$ et mesure $1^{m}80$ de circonférence; il a la forme d'une grande gourde et descend plus bas que les genoux. La moitié supérieure est évidemment occupée par la masse tout en-

tière des intestins et de l'épiploon, la partie inférieure est remplie d'une collection séreuse.

» Une première ponction en février 1866 donna issue à 16 litres de liquide ; une seconde ponction en décembre fournit 26 litres. »

Bouisson propose de donner le nom de « Hydrocèle à la Gibbon » à cette combinaison d'une hernie volumineuse avec une hydrocèle vaginale. Que penseront de cela les mânes de l'illustre auteur de l'*Histoire de la décadence et de la chute de l'empire romain ?*

Outre cette combinaison qui n'est pas rare, ces deux cas sont surtout curieux au point de vue de la quantité de liquide accumulée dans la cavité vaginale. D'après la statistique de Dujat, portant sur mille cas d'hydrocèle pris à l'hôpital de Calcutta, le maximum de liquide trouvé dans la séreuse n'a pas excédé 120 onces, soit environ 4 litres. Pour le plus grand nombre, la quantité de liquide variait de 10 à 30 onces.

Nous ne possédons aucune donnée statistique de ce genre sur le volume des kystes funiculaires. Dans la plupart des cas publiés ils variaient entre le volume d'une noix et celui d'un œuf. A ce point de vue-là déjà notre observation présente un intérêt tout particulier. En outre la hernie concomitante égalait bien en grandeur celle des deux cas rapportés plus haut.

La combinaison de la hernie inguinale avec un kyste du cordon est bien moins fréquente, aussi croyons-nous à

propos de rappeler ici deux cas présentant cette complication et se rapprochant, par là, de l'observation qui nous est propre, bien que pour le volume des tumeurs ils ne puissent supporter la comparaison.

Le premier de ces cas est rapporté par Scarpa[1]. L'hydrocèle ne fut découverte que lorsque l'étranglement de la hernie nécessita une opération :

« Chez un étudiant, âgé d'environ 29 ans, se montrèrent des symptômes d'étranglement.

» Il avait depuis plus de dix-huit ans une hernie inguinale gauche descendant dans le scrotum et ne se laissant maintenir par aucun bandage.

» La hernie était tendue et de grosseur plus qu'ordinaire, son col présentait un renflement et paraissait soulevé par une masse située en arrière. Cette masse ne pouvait être le testicule, car on sentait celui-ci distinctement au fond du scrotum, au-dessous de la hernie.

» Le sac herniaire contenait un peu de liquide et une anse intestinale de 3 ou 4 pouces de long. Après l'opération et la réduction on trouva effectivement, au devant du canal inguinal et indépendante de la hernie, une petite tumeur molle, élastique et contenant du liquide. Cette tumeur n'était autre chose qu'une hydrocèle du cordon spermatique dont l'incision donna issue à un liquide séreux.

» Au bout de six semaines le malade était complétement guéri. »

Le second cas mérite d'être rapporté en détail parce

[1] *Curling*, loc. cit.

qu'il offre plus d'intérêt au point de vue des rapports anatomiques des deux tumeurs. Au lieu d'être accolées plus ou moins parallèlement l'une à l'autre, elles se trouvaient superposées ; la poche herniaire s'enfonçait dans la poche kystique en la retroussant comme un doigt de gant. Cette disposition paraît être fort rare, du moins nous n'en avons pas trouvé d'autre exemple.

Hydrocèle enkystée du cordon spermatique droit, compliquée d'une hernie du même côté [1].

(Compte-rendu d'une autopsie de Rivington.)

« Homme de 45 ans.

» Extérieurement l'apparence de la tumeur indiquait une hernie inguinale. Une incision ouvrit d'abord une hydrocèle enkystée du cordon et donna issue à environ une cuillerée à soupe de sérum. Puis l'on découvrit un sac herniaire projeté dans sa partie supérieure. Ce sac contenait une petite anse intestinale qui ne pouvait être réduite dans la cavité abdominale qu'en entraînant la paroi commune au sac herniaire et au kyste situé en dessous.

» Cette paroi était si ténue qu'à première vue il semblait qu'il n'y eût qu'une seule couche de péritoine. Mais l'aspect poli des deux surfaces, sa continuité avec la paroi de l'hydrocèle d'une part et avec le péritoine abdominal de l'autre, enfin l'existence de deux petits plis du péritoine dans la cavité de l'hydrocèle, juste à l'endroit où sa membrane propre passait sur le sac herniaire en se confondant

[1] *Rivington*. London Hosp. Reports. 2e vol. 1865.

avec lui ; tout cela prouvait jusqu'à l'évidence que le sac herniaire avait été poussé dans l'hydrocèle, la retroussant en doigt de gant, et que, ainsi unies, les deux couches avaient été amincies par le poids et la pression de l'intestin qui les distendait.

» Le testicule était situé en dessous de l'hydrocèle, et sa tunique vaginale était tout à fait distincte du kyste. »

Rivington ajoute que ce cas aurait un intérêt de plus si on l'avait trouvé sur le côté gauche qui passe, à tort ou à raison, pour être moins sujet à de pareilles particularités pathologiques (?).

Cependant ni Curling ni Hutchinson, qui virent la pièce anatomique, n'avaient rencontré de spécimen pareil.

L'auteur fait en outre remarquer que s'il avait fallu, dans ces circonstances, faire une opération pour cause d'étranglement, le chirurgien aurait probablement ouvert d'abord l'hydrocèle et aurait été fort étonné, et peut-être même embarrassé, de découvrir dans la cavité de ce qu'il avait pris pour le sac herniaire une seconde tumeur recouverte elle-même d'une enveloppe péritonéale et qui exigeait une seconde incision pour mettre à nu l'intestin.

Nous pensons que ce sont des cas de ce genre qui ont fait admettre dans quelques circonstances un double sac herniaire.

L'intérêt chirurgical qu'offre cette combinaison de hernie avec hydrocèle enkystée avait déjà frappé Dieffenbach. L'il-

lustre chirurgien de Berlin[1] assure, qu'en se développant l'hydrocèle peut refouler la hernie en haut et l'empêcher de descendre du côté du scrotum. Il peut même se faire que la hernie soit complétement réduite et ne reparaisse que lorsque, à la suite d'une brusque diminution dans le volume de l'hydrocèle, après une ponction par exemple, l'obstacle vient à disparaître subitement.

Il nous reste encore à mentionner la combinaison des deux genres d'hydrocèles sur le même côté, combinaison qui, on se le rappelle, existait dans l'observation qui nous est propre. Elle est assez rare à ce qu'il paraît. Nous n'avons pu en recueillir que quatre cas dans la littérature à notre disposition. En revanche nous pourrons y ajouter la description d'une pièce anatomique qui fait partie de la collection particulière de M. le professeur Socin, et qui, comme on le verra, présente en outre plusieurs autres complications intéressantes.

Dans deux des cas rapportés par les auteurs[2], le liquide est séreux dans les deux poches et les parois sont à peine modifiées. Dans les deux autres, nous nous trouvons en présence de kystes de nature fort différente, l'un gardant l'apparence de l'hydrocèle séreuse ordinaire, tandis que l'autre contient dans sa cavité à parois épaissies et recouverte de fibrine un liquide mêlé de sang plus ou moins altéré, en partie coagulé, ressemblant assez à du marc de café ou du chocolat cuit.

[1] Operative Chirurgie. 2e vol.

[2] *Curling*, loc. cit., p. 162 (trad. allem.). — *Fergusson*. Lancet 1870.

Ces formes-là font partie des hydrocèles plastiques hémorrhagiques ou *hématocèles*, et nous croyons pouvoir les rapprocher de notre cas qui en effet est un exemple bien net de la combinaison de l'hydrocèle plastique avec l'hydrocèle séreuse, n'offrant pas de communication entre elles.

Le contenu de notre grand kyste est purulent, il est vrai, et non hémorrhagique, mais il rentre pourtant dans la grande catégorie des hématocèles telle que la comprend Kocher [1] dans son ouvrage sur les maladies du testicule.

Le lecteur nous permettra de communiquer *in extenso* les deux cas dont nous avons parlé en dernier lieu, car ils présentent un certain intérêt. La première observation a été publiée par Cabaret [2] que nous citons textuellement :

« *Hématocèle du cordon spermatique compliquée d'hydrocèle de la tunique vaginale.*

« N.., âgé de 50 ans, me consulta le 8 octobre 1849 pour une tumeur au côté droit du scrotum. Cette tumeur, piriforme et à base inférieure, remontait jusque dans l'aîne correspondante. Elastique, fluctuante dans la plus grande partie de son étendue, et quasi indolente à la pression, on sentait à sa partie inférieure le testicule inégal et tuméfié.

» N... rapportait l'origine de cette affection à un violent effort qu'il avait fait, quelques jours auparavant, pour soulever un corps pesant. Un sentiment de déchirure à l'aîne

[1] *Pitha-Billroth,* Chir., loc. cit.

[2] Archives gén. de médecine, 1851.

droite avait coïncidé avec l'apparition subite d'une petite tumeur qui avait crû graduellement.

» Un examen attentif me fit découvrir que la tumeur était irréductible, et comme aucun trouble intestinal n'était apparent et que le peu de temps écoulé depuis l'accident ne permettait pas de supposer la formation de quelques adhérences, j'écartai l'idée d'une hernie.

» Je constatai la transparence de la tumeur à sa partie inférieure et nullement à sa partie supérieure. Dès lors, ayant égard à la rapidité de son apparition et à son accroissement graduel et constant, à sa forme et à ses connexions, je diagnostiquai une hématocèle du cordon spermatique compliquée d'hydrocèle de la tunique vaginale et d'engorgement testiculaire.

» L'hydrocèle guérit radicalement après deux ponctions, la dernière suivie d'une injection iodée.

» Restait la portion supérieure de la tumeur dont j'avais constaté l'opacité. Après avoir vérifié l'inefficacité des résolutifs, je fis une incision sur la longueur de la tumeur, qui laissa sortir du sang fluide et coagulé. La guérison eut lieu le vingt-cinquième jour. »

Ici nous sommes évidemment en présence d'une hématocèle aiguë du cordon spermatique dont les parois et le contenu n'ont pas eu le temps de subir les altérations que l'on rencontre habituellement dans l'hématocèle chronique. Ce cas n'est donc proprement qu'un *hématome* du cordon spermatique compliqué d'hydrocèle testiculaire. Mais il nous a paru intéressant de relater cette observation qui,

tout en montrant une étiologie relativement fréquente de cette affection, nous offre aussi un exemple remarquable de deux hydrocèles développées à côté l'une de l'autre et présentant un contenu tout à fait différent.

La seconde observation a été rapportée par Rozan[1] :

« *Hydrohématocèle, double poche.*

» Le nommé P..., âgé de 57 ans, atteint depuis 18 mois d'une tumeur considérable au scrotum, vint me consulter ; soumis à un examen minutieux, je notai les caractères suivants : Tumeur scrotale gauche volumineuse, piriforme, à grosse extrémité en bas, rénitente, unie, non fluctuante, irréductible et douloureuse uniquement par son poids et la gêne occasionnée par la marche. Transparence parfaite dans sa partie antéroinférieure ; opacité absolue à la partie postérieure ainsi qu'en avant et en haut.

» Après avoir mûrement analysé tous les signes, interrogé les commémoratifs du malade, je ne tardai pas à arriver, par voie d'exclusion, à un diagnostic sinon certain, du moins assez nettement défini dans mon esprit, pour prendre une décision. Convaincu que, selon toute probabilité, cette opacité tenait à la coexistence d'une hématocèle contenue dans une poche séparée et indépendante de celle de l'hydrocèle, je commençai par opérer celle-ci en faisant une ponction, me réservant ensuite, cette partie de la tu-

[1] *Gazette des hôpitaux*, 1863.

meur une fois vidée, de vérifier de plus près mon diagnostic et d'agir selon les circonstances.

» La canule une fois retirée, environ deux verres de sérosité limpide et citrine s'écoulèrent de la première poche, après quoi le jet s'arrêta brusquement, bien que la tumeur ne fut réduite qu'à la moitié environ de son volume. En vain cherchai-je à la malaxer, à promener la canule en divers sens, à déboucher son orifice, rien n'y fit. Examinant alors attentivement cette portion de tumeur restante, je la trouvai molle, fluctuante, à parois minces et lisses, souples et opaques. Le testicule, descendu au niveau de la canule sur laquelle il reposait, était sain et glissait aisément de bas en haut.

» Le malade partit, mais trois mois après il revint porteur d'une tumeur aussi considérable que la première fois, mais plus dure, plus lourde, moins élastique et absolument opaque.

» La peau, beaucoup moins tendue en avant, permettait de saisir le testicule; sa situation au fond des bourses ne faisait aucun doute sur la guérison de l'hydrocèle et sur le développement de l'hématocèle.

» Je fis la ponction de celle-ci; le liquide retiré était de couleur brune lie de vin, sans caillots. Sa quantité remplit environ deux verres ordinaires; elle fut suivie d'une injection iodée. Au bout de six jours, malgré l'inflammation, le malade voulut repartir.

» Quinze jours après il m'écrivit qu'après avoir beaucoup souffert, sa tumeur devenue plus grosse, plus chaude, avait fourni, le lendemain de son arrivée, environ un demi-

litre de sang et que finalement à force de diminuer chaque jour, elle avait complètement disparu.

» Plus tard j'ai demandé de nouveaux renseignements qui ont corroboré les premiers. »

Là-dessus M. Rozan ajoute : « Doit-on admettre le déchirement de la tunique vaginale, ou bien le développement de l'hématocèle tout à fait indépendant d'elle ? En tout cas la coexistence de poches distinctes et sans communication, adhérentes et contenant des liquides différents, sont des faits très rares et intéressants. »

Nous décrivons enfin la pièce anatomique dont nous avons parlé plus haut, et que M. le professeur Socin a eu l'obligeance de mettre à notre disposition. Cette pièce provient de l'autopsie d'un pensionnaire de l'hôpital de Bâle, et offre une série de complications assez rares :

Le scrotum est tuméfié dans sa totalité. A gauche, vaste hernie inguinale et hydrocèle vaginale de la grosseur d'une tête d'enfant, à parois très épaissies et parsemées de dépôts calcaires. A droite, situé au-devant de l'anneau inguinal externe, un ancien sac herniaire de la grosseur d'un œuf ordinaire, ne contenant que du sérum et communiquant encore avec la cavité abdominale par un petit orifice laissant à peine passer une sonde de grosseur moyenne. Au dessous et en dedans de cette tumeur, et sans rapports directs avec elle, se trouve une hydrocèle enkystée du cordon ; celle-ci est de la grosseur du poing, ses parois sont ténues et son contenu est séreux. Enfin plus bas encore la

cavité vaginale du testicule forme elle-même une troisième tumeur qui contient à peu près 30 grammes de liquide.

Nos recherches bibliographiques qui, nous l'avouons volontiers, sont loin d'être complètes, nous ont cependant permis de passer successivement en revue la plupart des complications qui se trouvaient toutes réunies dans le cas dont nous avons rapporté l'observation.

Deux d'entre elles, cependant, ne trouvent pas d'illustration dans ce court résumé casuistique : ce sont l'éléphantiasis du scrotum et la transformation purulente de l'hydrocèle funiculaire.

Les cas d'éléphantiasis scrotal ne sont pas très rares dans la littérature, mais la plupart d'entre eux sont décrits comme tels et non comme complication accessoire d'une affection du testicule ou de ses annexes. Aussi n'en avons-nous trouvé aucun qui pût être rapproché avec quelque à-propos de notre observation.

Quant à la suppuration du liquide kystique, quoique assez rare, nous en trouvons quelques exemples ayant trait à l'hématocèle vaginale. Tel est, par exemple, le cas rapporté par Smith[1], où le pus fut vidé par une large incision de la tunique et le tout guérit après résection du sac et d'un lambeau de scrotum gangréneux.

Dans un cas d'hématocèle du cordon spermatique rapporté par Gosselin[2], la suppuration du kyste fut amenée

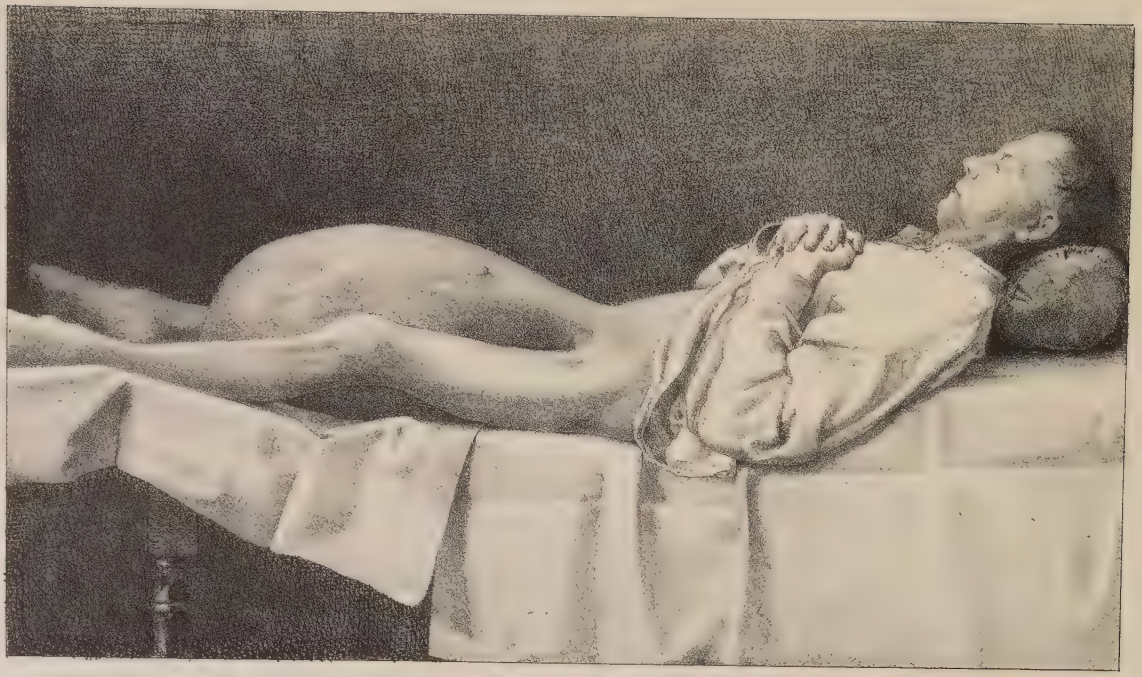
[1] Medical Times, 1867.

[2] Gazette des hôpitaux, 1867.

par une injection iodée qui avait suivi la ponction, et elle nécessita l'incision du sac pour donner libre issue à la collection purulente.

La conclusion qui peut être tirée de ce court aperçu casuistique est qu'aucun des cas décrits jusqu'à ce jour ne peut être identifié complétement au nôtre ; et même peu d'entre eux offrent avec lui une analogie directe.

Aussi nous espérons avoir montré par ce petit travail de récapitulation que notre grande tumeur complexe ne rentre effectivement pas dans un cadre déjà fait, mais qu'elle se distingue des cas analogues par divers points constituant son intérêt spécial et son originalité.



Jacob Schoch. — Hydrocèle funiculaire droite, compliquée de hernie inguinale du même côté.